

## STATEMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND EMPLOYMENT DECLARACIÓN SOBRE SALUD, EDUCACIÓN Y EMPLEO

<b>A. INFORMACIÓN DEL CLIENTE</b>				
NOMBRE DEL CLIENTE	NUMERO DE TELÉFONO DEL CLIENTE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE		
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL		
¿Ha solicitado o recibido alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajo e Industrias/de Trabajadores <input type="checkbox"/> Incapacidad de Seguridad Social o Ingresos de Seguro Social (SSI) <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos (VA)				
<b>B. INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD</b>				
1. ¿Está usted impedido de trabajar debido a una condición de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información: a. Infórmenos acerca de su(s) problema(s) de salud:          b. Díganos por qué este (estos) problema(s) no le permiten trabajar ahora:				
2. ¿Ha perdido un trabajo (o más de un trabajo) en el pasado debido a este mismo problema de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, infórmenos acerca de la pérdida del trabajo:				
<b>C. INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO</b>				
CONDICIÓN POR LA QUE FUE ATENDIDO(A)	DOCTOR U HOSPITAL QUE LE ATENDIÓ	ÚLTIMA FECHA EN QUE LE ATENDIERON		
<b>D. EDUCACIÓN Y ADIESTRAMIENTO</b>				
1. ¿Cuál es su idioma principal? _____ 2. ¿Cuál es el grado más alto que completó en la escuela (K – 12)? _____ 3. ¿Obtuvo su diploma de la escuela secundaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Obtuvo su diploma GED (General Education Diploma)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿Asistió a clases de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5. Educación adicional o adiestramiento en el trabajo, tal como la Universidad, escuela de negocios, adiestramiento en el trabajo o vocacional:				
TIPO DE ADIESTRAMIENTO	FECHAS EN LAS QUE ASISTIÓ	¿COMPLETÓ?		CERTIFICADO, LICENCIA O GRADO Y AÑO
		SÍ	NO	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>E. ANTECEDENTES DE TRABAJO</b>				
1. ¿Cuál considera usted que es su ocupación habitual? _____				

**C. ANTECEDENTES DE TRABAJO (CONTINUACIÓN)**

2. Describa sus tres (3) últimos trabajos, empezando desde el más reciente (incluya los trabajos descritos en B.2., si fuera apropiado):

DEBERES DEL TRABAJO	HORAS POR SEMANA	MES Y AÑO		¿POR QUÉ TERMINÓ EL TRABAJO?
		INICIO	FINALIZACIÓN	

3. ¿Qué otro tipo de trabajo ha efectuado durante los últimos cinco (5) años?

4. ¿Qué aptitudes de trabajo tiene usted? Incluya cualquier afición, tal como costura, trabajo en madera, reparación de automóviles.

5. ¿Qué clase de ayuda o servicio necesita usted para volver a trabajar?

SI ALGUIEN TRADUJO O LE AYUDÓ A LLENAR ESTE FORMULARIO, ANOTE AQUÍ SU NOMBRE Y LA RELACIÓN CON USTED

**Declaro bajo penalidad de perjurio que la información que proporciono en esta Declaración de Educación, Empleo y Salud es verdadera, correcta y completa, a lo mejor de mi saber y entender. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede requerir que proporcione prueba de mis declaraciones.**

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

**E. SÓLO PARA USO OFICIAL / OFFICE USE ONLY**

1. Physical/mental health observations, including significant features or characteristics: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Barriers to employment or other job services, details of special education history: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Substance abuse history: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Use of other service agencies; e.g., Division of Vocational Rehabilitation, Employment Security: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Use of support services, e.g., housing, food bank, transportation, family or friends, churches: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

WORKER'S NAME

INTERVIEW DATE